Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Des soins de qualité entre les mains de la collectivité. Planifier l'avenir.

Rapport annuel 2008-2009

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé

Réseaux locaux d'intégration des services de santé – des soins adéquats, au bon endroit et au moment voulu

Le lancement en 2005 des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) a marqué une vague de changement au sein du système de santé de l'Ontario. En effet, notre système de santé n'est plus géré centralement, mais par 14 RLISS chargés de planifier, d'intégrer et de financer les services de santé dans les hôpitaux, les maisons de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services de soutien communautaire et les services de santé mentale et de toxicomanie dans leur région respective.

Le modèle des RLISS présente de nombreux avantages. La planification des services de santé se fait au niveau local, ce qui permet de déterminer et de traiter plus facilement les besoins des collectivités. Les RLISS assurent un dialogue continu et valable avec les collectivités desservies et les fournisseurs de services de santé. Ils facilitent aussi la mise en place de solutions souples adaptées aux besoins des collectivités.

Les premiers travaux des RLISS étaient basés sur un Plan de services de santé intégrés (PSSI), document qui définissait les priorités initiales concernant l'amélioration des services de santé. Le PSSI (2006) du RLISS de HNHB s'appuyait sur les priorités établies en 2005, lesquelles reflétaient les conseils des résidents des collectivités et des fournisseurs de services de santé. Le Conseil et le personnel du RLISS exécutent maintenant ce plan en collaboration avec les fournisseurs de services de santé et les membres des collectivités.

Le 1er avril 2007, les RLISS de toute la province ont reçu le pouvoir d'attribuer des fonds et ont été chargés du contrôle des fournisseurs de services de santé locaux. Il s'agit du deuxième rapport annuel depuis que les RLISS exercent pleinement leur mandat.

Table des matières

Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant.....1

Message de la présidente du conseil d'administration.....4

Conseil d'administration du RLISS de HNHB.....5

Message de la directrice générale.....7

RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant.....9

L'évolution du RLISS de HNHB continue
- Notre organisation.....12
- Les relations avec les collectivités.....13
- Travailler ensemble : Bâtir un système de santé intégré.....15
  - Initiatives d'intégration des fournisseurs de services de santé
  - Plan de services de santé intégrés (PSSI)
  - Regional Joint Assessment Centre (RJAC)
  - Stratégie de réduction des temps d'attente
  - Prévention et gestion des maladies chroniques
  - Cybersanté
  - Comité directeur des services d'urgences
  - Comité directeur des autres niveaux de soins (ANS)
  - Stratégie Vieillir chez soi

Indicateurs de rendement du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant en vertu de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS de 2008-2009..... 23

États financiers..... 24

Notes afférentes aux états financiers..... 29

Personnes-ressources du RLISS de HNHB..... 39

RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Vision

Un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants.

Mandat

Planifier, financer et intégrer le système de santé local en vue de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients à Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et Norfolk.

Mission

Assurer l'existence de services intégrés et l'accès à ces services, afin d'améliorer la santé de la population et la continuité des soins de santé.

Valeurs

Le respect; l'intégrité; la responsabilité

Nous travaillons afin d'être un catalyseur du changement et nous tenons compte des particuliers et de leurs soignants, qui ont besoin de services de santé locaux.

Pour atteindre cet objectif, nous nous engageons à assurer :
La transparence; la collaboration; l'innovation; un véritable dialogue

Message de la présidente du conseil d'administration, Juanita G. Gledhill

L'année qui vient de s'écouler a été une année de développement importante dans le cycle de vie du modèle de RLISS. En effet, notre organisme a fait des avancées significatives l'année dernière et nous avons profité de notre pouvoir de penser créativement et d'envisager des possibilités. Nous avons eu la chance de collaborer avec les résidents, les fournisseurs de services de santé et autres intervenants de notre RLISS qui partagent notre passion et notre volonté de renforcer notre système de santé grâce à une approche qui ouvre la voie à des possibilités infinies.

L'année dernière, nous avons renforcé nos maillages et en avons noué de nouvelles relations. Nous avons été témoins d'intégrations volontaires visant à réduire le double emploi des services et à améliorer l'accès à des soins de qualité. Nous avons également mis l'accent sur la santé des aînés et les avons aidés à vivre de façon autonome. Nous avons créé un forum afin de mieux comprendre, respecter et prendre en considération notre diversité culturelle et ethnique et avons collaboré à l'amélioration des soins dispensés aux personnes atteintes de maladies chroniques.

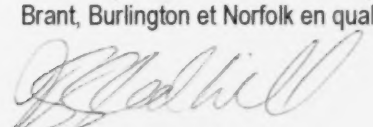
Vous, les citoyens de nos collectivités, êtes notre raison d'être. Vous, vos caractéristiques particulières et les riches histoires que vous partagez constituent les fondements de nos actions et de nos raisons d'agir. C'est pourquoi nous vous offrons la possibilité de faire entendre votre voix. Nous vous encourageons à assister aux réunions ouvertes de notre Conseil d'administration, à inviter des conférenciers à votre organisme, à participer aux journées d'accueil et à siéger à nos comités. Des entretiens valables nous permettent de recueillir des commentaires utiles sur la mise en œuvre éventuelle d'un système de services de santé coordonné, efficace et viable dans nos collectivités et nous avons bon espoir que nous sommes en voie d'établir un véritable système local de prestation de services de santé.

Au bout du compte, nous voulons tous un accès équitable à des services de santé de qualité lorsque nous en avons besoin. En qualité de présidente du Conseil d'administration, mais également en tant que résidente du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant, je crois fermement que nous faisons d'énormes progrès vers la réalisation d'un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants. Nous reconnaissons que les décisions qui nous rapprochent de cette vision entraînent des changements et que le changement peut être difficile à accepter pour certains membres de nos collectivités. Il nous incombe donc d'aider tout le monde à comprendre que nos décisions sont nécessaires et dégageront des bienfaits à l'avenir.

Nous savons que notre vision ne serait pas réalisable sans la participation de nos résidents, de nos fournisseurs de services de santé et de nos intervenants. Je suis sincèrement reconnaissante de votre participation et de votre soutien enthousiaste.

Je tiens particulièrement à remercier mes collègues au Conseil de leur engagement à l'égard de l'amélioration du système de santé et de la prise de décisions à l'échelle locale. Je remercie également Pat Mandy du leadership et du dévouement qu'elle manifeste envers notre vision et de son esprit de commandement. Enfin, je remercie son équipe dont les efforts soutenus dégagent des résultats réels, positifs pour les gens de nos collectivités. Je vous remercie de bien vouloir d'explorer avec moi les possibilités que nous offrent la planification et la prise de décisions locales concernant le système de santé.

C'est toujours un honneur et un privilège pour moi de servir les citoyens de Hamilton, Niagara, Haldimand, Brant, Burlington et Norfolk en qualité de présidente du Conseil d'administration de notre RLISS.



Juanita G. Gledhill

Conseil d'administration du RLISS de HNHB

Juanita G. Gledhill, présidente

Nomination : 1er juin 2005 •Mandat : 3 ans
Renomination : 2 juin 2008 •Mandat : 3 ans

« Notre Conseil a continué de parachever le modèle de prise de décisions locales par les membres de la collectivité du RLISS. Notre travail et nos décisions ont posé des enjeux, mais ils visent clairement à mettre en œuvre un système de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants. Le changement peut être difficile, mais il est nécessaire à l'atteinte de cette vision. »

****

Jack Brewer, vice-président

Nomination : 1er juin 2005 •Mandat : 3 ans
Renomination : 2 juin 2008 •Mandat : 3 ans

« Le rôle du RLISS, à savoir représenter les besoins des membres de la collectivité par le biais d'une direction solide et d'une collaboration avec les conseils communautaires, commence à avoir une incidence significative sur les services de santé offerts au public. Ce résultat découle de la volonté des parties intéressées d'accepter le changement, d'adopter de nouvelles approches et de travailler plus efficacement avec leurs pairs pour optimiser la prestation des services de santé. Ce sont, notamment, les travailleurs de la santé, les organismes directeurs, les bénévoles et, surtout, le public. »

****

Douglas Archibald, membre

Nomination : 9 mai 2007 •Mandat : 2 ans
Renomination : 9 mai 2009 •Mandat : 3 ans

« Un des plaisirs inattendus a été de rencontrer le personnel et les bénévoles des divers groupes de soutien qui consacrent généreusement leur temps et leur travail aux personnes moins fortunées et voient à ce que les décisions du Conseil du RLISS dégagent des résultats positifs pour la collectivité. Je crois fermement que l'on ne peut surestimer l'importance de la participation communautaire et de l'interaction. »

****

Carolyn King, membre

Nomination : 5 janvier 2006 •Mandat : 13 mois
Renomination : 5 février 2007 •Mandat : 3 ans

« Ce fut une année pleine de défis pour le Conseil du RLISS, car il a dû prendre plusieurs décisions importantes concernant le mode de prestation des services dans nos collectivités, mais notre Conseil continue d'appuyer le modèle du RLISS fondé sur un processus décisionnel local plus rigoureux et un modèle de soins axés sur le patient plus solide. »

****

Bob Lawler, membre

Nomination : 29 octobre 2008 •Mandat : 3 ans

« Le RLISS mûrit. Au cours du dernier exercice, il a pris ou réaffirmé des décisions qui tiennent compte des ressources limitées avec lesquelles nous devons dispenser des services de qualité raisonnablement accessibles. Certaines de ces décisions n'ont pas plu, mais elles devaient être prises pour assurer la pérennité de notre système de santé pour nos enfants et petits-enfants. »

****

Bill McLean, membre

Nomination : 17 mai 2006 •Mandat : 2 ans
Renomination : 17 mai 2008 •Mandat : 3 ans

« J'ai eu l'opportunité et le privilège de parler des services de santé avec les citoyens de nos localités et j'ai souvent entendu les aînés dirent qu'ils souhaitent vivre de façon autonome le plus longtemps possible. Les maisons de soins de longue durée sont loin d'être leur premier choix et ils embrassent la stratégie Vieillir chez soi de la province. Nous devons faire tout notre possible pour appuyer les nombreux projets Vieillir chez soi. Nos aînés veulent et méritent ce genre d'aide et de soutien. »

****

Bill Millar, membre

Nomination : 7 mars 2007 •Mandat : 2 ans
Renomination : 7 mars 2009 •Mandat : 3 ans

« Quelques-unes des décisions que nous avons prises l'année dernière ont soulevé des préoccupations, des conflits même, dans les collectivités concernées. Nous devons continuer de prêter l'oreille à ces préoccupations, d'en tirer des leçons et d'y répondre. Il sera important à l'avenir d'en arriver à une compréhension commune du nouveau contexte de la prestation des services de santé et de l'importance de rationaliser et d'intégrer nos ressources en vue d'améliorer la qualité, l'accès et la viabilité. »

****

Janice Mills, membre

Nomination : 17 mai 2006 •Mandat : 13 mois
Renomination : 17 juin 2007 •Mandat : 3 ans

« L'année 2008-2009 fut une année de décisions importantes pour plusieurs fournisseurs de services de santé de notre RLISS. Les décisions avalisées et prises par ce Conseil ont lancé une période de changement et de croissance au regard de la prestation des services. Au cours de la prochaine année, de nombreux plans et programmes importants appuieront ces décisions et je suis particulièrement enthousiasmée pour le projet de renouvellement axé sur le patient, car il permettra aux hôpitaux, aux CASC et aux équipes Santé familiale d'avoir accès aux mêmes renseignements. »

****

Stephen Birch, membre

Nomination : 17 mai 2006 •Mandat : 2 ans
Renomination : 17 mai 2008 •Mandat : 3 ans
Démission : 30 septembre 2008

Message de la directrice générale – Pat Mandy

Une autre année s'est écoulée et je suis persuadée que nous allons dans la bonne direction et multiplierons les réussites. Nos réalisations continueront d'être appuyées par la collaboration continue de nos partenaires communautaires et par le dévouement et l'engagement de notre Conseil et de notre personnel.

Nous exerçons nos activités depuis quatre ans et je crois que nous sommes passés de l'étape de démarrage à une phase où bon nombre de nos démarches ne sont plus nouvelles. Dans bien des cas, nous avons des points de référence qui nous permettent de perfectionner nos pratiques afin d'apporter des améliorations continues et d'obtenir de meilleurs résultats pour notre RLISS.

Durant l'année qui vient de s'écouler, nous avons atteint notre effectif complet et servons maintenant nos collectivités avec une somme de connaissances et de savoir-faire. Notre organisme grandit et le RLISS a déménagé à un endroit plus pratique pour notre personnel et nos partenaires communautaires.

L'année 2008-2009 marque la mise en œuvre de notre mandat complet, à savoir planifier, financer et intégrer le système de santé local afin de dispenser des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients aux citoyens de notre RLISS.

Nous avons progressé sur plusieurs plans et souhaitons partager plusieurs histoires de réussite :

- Les RLISS ont achevé la première série d'ententes sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M). Divers projets de participation communautaire ont permis au personnel du RLISS de HNHB et aux fournisseurs de services de santé de nos collectivités de nouer des liens étroits. Je crois que l'établissement de relations a engendré la collaboration requise pour conclure les ERS-M.

- En 2008, Hamilton Health Sciences et l'Hôpital St. Peter's ont volontairement fusionné leurs structures administratives et de gouvernance. Le fusionnement de ces deux organisations améliorera les services offerts aux aînés et aux personnes atteintes de maladies chroniques en assurant le partage de meilleures pratiques et de ressources ainsi que la création d'une démarche systémique à l'égard des services.

- En septembre 2008, le Conseil du RLISS n'a pas empêché la mise en œuvre des intégrations prévues dans le plan Access to the Best Care (ABC) de Hamilton Health Sciences. En décembre 2008, il a accepté le Plan d'amélioration d'hôpital révisé du Système de santé de Niagara (SSN) et a ordonné des changements à la prestation des services à l'un des emplacements du SSN. Ces deux plans s'inscrivent dans l'évolution vers un système de santé coordonné dans notre RLISS.

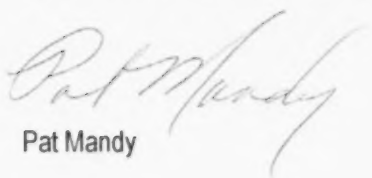
- Le personnel du RLISS a entamé un important projet de planification : le Plan des services cliniques. Ce plan déterminera quels services sont requis et qui les dispensera. Il étaiera également le Plan de services de santé intégrés (PSSI). Le Plan des services cliniques sera présenté au Conseil du RLISS en novembre 2009.

- L'année 2008-2009 a vu la mise en œuvre de 31 projets qui ont reçu en tout plus de 7,6 millions de dollars durant la première année de la stratégie Vieillir chez soi. Le personnel élabore actuellement des indicateurs de rendement pour mesurer l'efficacité et le succès des programmes financés.

- Une séance de suivi sur la conférence sur la santé des Autochtones de l'année dernière a servi à analyser les observations présentées par les Autochtones durant la conférence. Ont assisté à celle-ci divers groupes de dirigeants du secteur de la santé représentant des organismes provinciaux et fédéraux, des hôpitaux et des réseaux de services de santé.

L'exécution de notre mandat a progressé durant l'année 2008-2009 et je tiens à reconnaître le travail remarquable de notre personnel, car notre réussite est en grande partie attribuable aux efforts de chaque membre de notre organisme. Notre équipe déploie des efforts exceptionnels pour répondre, et même excéder, les attentes inhérentes à leurs fonctions. Elle tient également à appuyer notre Conseil pour que les membres puissent prendre des décisions éclairées. Je remercie sincèrement le personnel de sa contribution aux changements positifs que nous constatons au sein du système de santé de notre RLISS.

Je tiens également à souligner le dévouement et le leadership de notre Conseil ainsi que son engagement à l'égard de notre vision : un système de soins de santé qui aide les gens à préserver leur santé, leur fournit de bons soins lorsqu'ils sont malades et dont la pérennité est assurée pour leurs enfants et leurs petits-enfants. Je remercie aussi la présidente du Conseil pour son engagement infatigable et sa passion pour l'amélioration du système de santé au sein de notre RLISS.



Pat Mandy

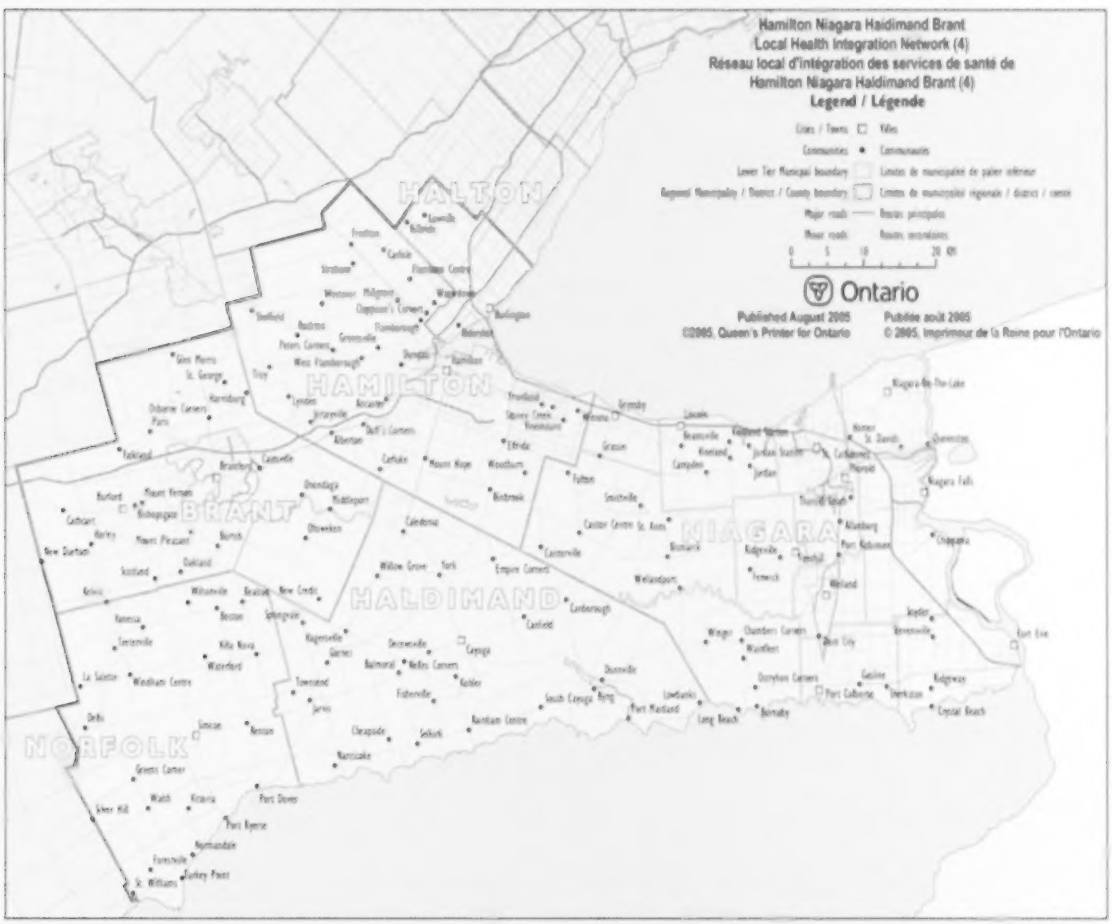
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (RLISS de HNHB)

La population : données démographiques

Le RLISS de HNHB LHIN compte près de 1,4 million de résidents, soit environ 11 % de la population de l'Ontario. On s'attend à ce que sa population augmente de 4,7 % d'ici à 2014 et de 9,6 % d'ici à 2019 (source : Projections démographiques, Base de données provinciale pour la planification des services de santé).

Le nombre de personnes âgées de 47 à 74 ans augmente le plus rapidement, mais les changements les plus importants surviendront parmi les personnes âgées de 65 et 74 ans (croissance de 43,5 %) et de plus de 84 ans (croissance de 28,5 %) au cours des dix prochaines années. On constate donc que la population du RLISS vieillit.

Le RLISS de HNHB compte plus de 200 000 aînés, le nombre le plus élevé de tous les RLISS de l'Ontario (source : Recensement de 2006, Statistique Canada).



La population : caractéristiques sociodémographiques

La population du RLISS de HNHB est diversifiée. En effet, 18 % des résidents ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais. Les Francophones, les Premières nations et les Autochtones vivant en milieu urbain et rural sont des populations reconnues dans le RLISS. Mais, comparativement à l'Ontario, le RLISS compte une proportion inférieure d'immigrants et de minorités visibles.

La proportion de familles monoparentales dans le RLISS est supérieure à la moyenne provinciale, tandis que la proportion d'adultes ayant fait des études postsecondaires est inférieure à la moyenne provinciale.

	RLISS de HNHB	Ontario	Fourchette pour les 14 RLISS
Population totale (2009)*	1 398 049	13 050 754	231 320 - 1 690 720
Population âgée, 65 ans et plus (2009)*	15,7 %	13,6 %	9,6 % - 17,7 %
Population dont la langue maternelle est l'anglais	80,1 %	69,8 %	51,5 % - 91,5 %
Population dont la langue maternelle est le français	2,2 %	4,4 %	1,0 % - 23,9 %
Population d'immigrants	20,3 %	28,3 %	6,3 % - 47,9 %
Population d'immigrants récents (arrivés entre 2001 et 2006)	2,3 %	4,8 %	0,3 % - 9,5 %
Population de minorités visibles	9,1 %	22,8 %	1,4 % - 50,3 %
Population autochtone	1,7 %	2,0 %	0,4 % - 19,0 %
Taux d'activité (15 ans et plus)	65,7 %	67,1 %	60,1 % - 71,5 %
Taux de chômage (15 ans et plus)	6,0 %	6,4 %	5,2 % - 8,4 %
Population à faible revenu	13,7 %	14,7 %	9,6 % - 24,0 %
Familles (avec enfants) monoparentales	26,1 %	24,5 %	20,0 % - 30,9 %
Population (25 ans et plus) sans certificat ni diplôme	20,8 %	18,7 %	13,0 % - 25,9 %
Population (25 ans et plus) ayant terminé des études postsecondaires	52,9 %	56,8 %	50,3 % - 64,7 %

*Source : * Estimations de la population de 2009. Les indicateurs restants s'appuient sur le Recensement du Canada de 2006*

La population : état de santé

L'état de santé déclaré par l'intéressé peut révéler certains aspects de la santé que les autres indicateurs ne couvrent pas. Plus de 60 % des résidents du RLISS indiquent que leur état de santé général est « excellent » ou « très bon », ce qui est semblable à la proportion ontarienne (source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007). Cependant, la proportion de résidents déclarant être limités dans leurs activités à cause de troubles physiques ou mentaux est considérablement plus élevée que celle de la province.

La population : maladies et décès

Les maladies chroniques compromettent la qualité de vie des personnes atteintes. Or, les taux d'arthrite ou de rhumatisme, d'hypertension et d'asthme sont beaucoup plus élevés dans le RLISS que dans la province en général. Les taux de diabète sont légèrement inférieurs (mais non de façon significative) aux taux provinciaux (source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007).

Les taux de mortalité reflètent l'état de santé global de la population. Les taux peu élevés signifient que la prévention, le dépistage et le traitement des maladies réussissent et que le taux de suicide diminue. En

2004, il y a eu 10 828 décès dans le RLISS. Les maladies du cœur, le cancer du poumon et les accidents vasculaires cérébraux étaient les trois principales causes de décès.

Les résidents du RLISS affichent des taux d'années potentielles de vie perdues plus élevés (c.-à-d. le nombre d'années de vie perdues lorsqu'une personne meurt prématurément d'une cause quelconque – avant l'âge de 75 ans). Les taux de décès, les années potentielles de vie perdues et les taux d'hospitalisation du RLISS sont supérieurs à ceux de la province (source : Décès, Base de données provinciale pour la planification des services de santé).

La population : pratiques de santé et soins préventifs

Les mauvaises pratiques de santé augmentent le risque de maladie chronique, d'invalidité et de décès. Les résidents du RLISS de HNHB sont plus portés à fumer quotidiennement ou occasionnellement, à consommer beaucoup d'alcool et à être obèses que les autres résidents de la province (source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007).

Les soins préventifs contribuent à détecter les maladies tôt, ce qui réduit les maladies et les décès à long terme. Parmi les indicateurs préventifs sélectionnés, aucun ne diffère d'une manière significative de l'Ontario en général. Au cours des trois dernières années, 71,7 % des femmes ont subi un test de Pap (pour le dépistage du cancer du col), 54,5 % ont subi une mammographie au cours des deux dernières années et of 36,9 % ont reçu un vaccin antigrippal l'année dernière (source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005 et 2007).

Le point d'accès pour la plupart des soins médicaux est un médecin de premier recours. Les médecins jouent également un rôle clé dans la coordination des soins et la gestion des troubles chroniques. La majorité de la population (79,0 %) de Hamilton Niagara Haldimand Brant a consulté un médecin au moins une fois, en personne ou par téléphone, au cours de la dernière année. Ce pourcentage est semblable au taux provincial de 80,6 %.

Sommaire

Le RLISS de HNHB englobe un territoire de 7 000 km^2 et comprend les régions de Brant, Burlington, Haldimand, Hamilton, Niagara et la presque totalité de Norfolk. Il compte environ 1,4 million de résidents, des petites collectivités rurales et de grands centres urbains ainsi qu'une population culturellement et linguistiquement diversifiée.

Par rapport à l'Ontario, Hamilton Niagara Haldimand Brant compte :
- une proportion plus élevée de familles monoparentales
- une plus forte prévalence de la limitation des activités
- une proportion plus élevée de fumeurs quotidiens
- une plus forte proportion de personnes obèses
- une plus forte prévalence d'arthrite ou de rhumatisme, d'hypertension et d'asthme

Il compte également :
- le nombre le plus élevé d'aînés de tous les RLISS
- un taux plus élevé de décès prématurés et d'hospitalisations
- une proportion inférieure d'adultes ayant fait des études postsecondaires

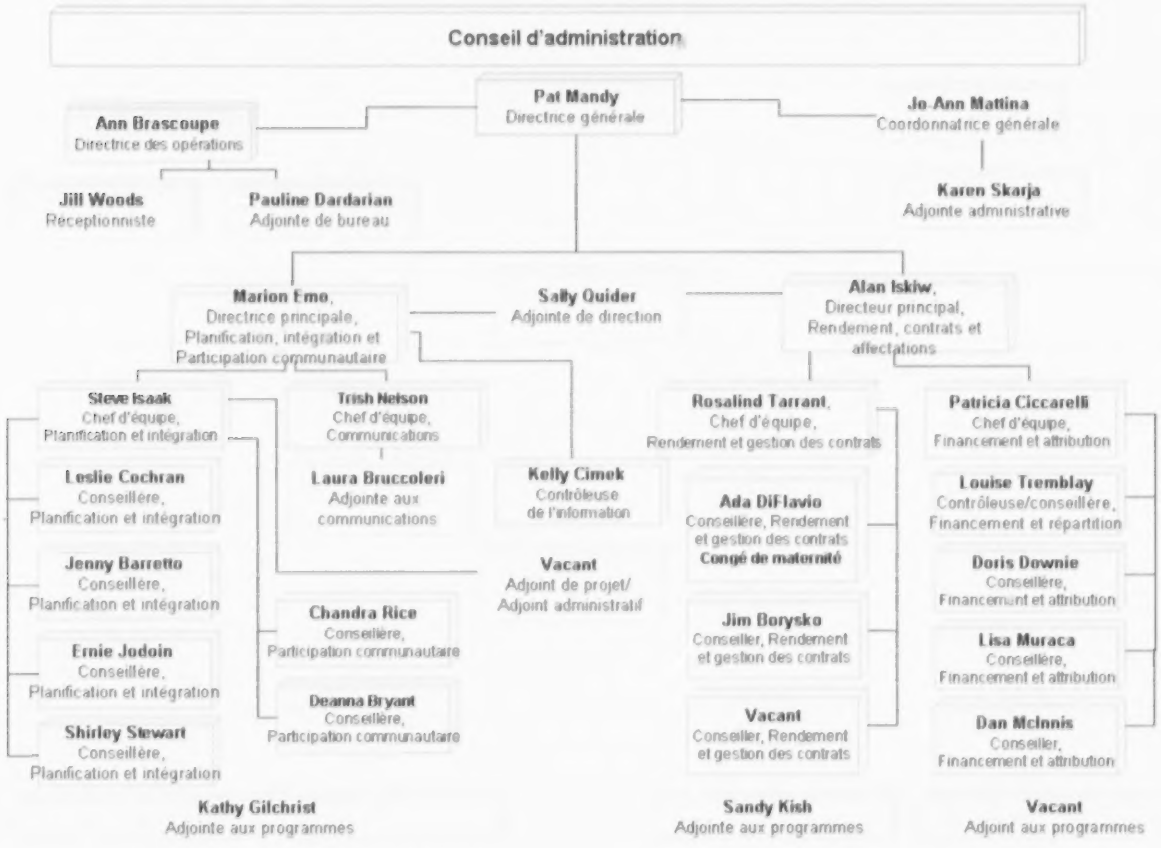
L'évolution du RLISS de HNHB continue

Notre organisation

Personnel

Le nombre et la diversité des membres du personnel du RLISS de HNHB augmentent. L'éventail des compétences, des connaissances et de l'expérience du personnel s'est élargi dans les domaines suivants : planification des services de santé et ressources humaines, financement et coordination, développement des capacités, épidémiologie, évaluation du rendement, gestion de projets, comptabilité, santé publique et communications. Le personnel est guidé par les valeurs et les principes de l'organisation comprenant le respect, l'intégrité et la responsabilité. Pour atteindre cet objectif, le personnel s'engage à assurer la transparence, la collaboration, l'innovation et un véritable dialogue.

À cause de l'augmentation du nombre d'employés, le RLISS a dû emménager dans des locaux plus grands à la fin d'octobre 2008. Le bureau reste à Grimsby, centre géographique de la région qu'il dessert.



Membres du Conseil d'administration

Deux changements sont survenus en 2008-2009 au sein du Conseil d'administration.

Départ du Conseil – Stephen Birch a présenté sa démission le 30 septembre 2008.

Arrivée au Conseil – Le 29 octobre 2008, Robert (Bob) Lawler s'est joint au Conseil d'administration du RLISS. M. Lawler apporte une vaste expérience du secteur de la santé et une expertise considérable au RLISS de HNHB. Avant d'assumer ses fonctions de directeur général, crédit-conseil de la région de Niagara, il a occupé pendant plusieurs années divers postes dans le domaine de la santé. Il a été président-directeur général de l'Hôpital général de St. Catharines pendant sept ans et, durant cette période, il a également été directeur général de l'Hôpital de Niagara-on-the-Lake pendant cinq ans. M. Lawler a également été associé à Hospice Niagara, à l'Association des hôpitaux de l'Ontario et à l'Union internationale des employés des services. Nous lui souhaitons la bienvenue au Conseil et envisageons avec enthousiasme ses contributions continues.

Relations entre le Conseil et la haute direction

L'équipe de la haute direction du RLISS comprend la directrice générale, le directeur principal, Rendement, contrats et affectations, et la directrice principale, Planification, intégration et participation communautaire.

Les membres de l'équipe de la haute direction assistent aux réunions ordinaires du Conseil et lui présentent mensuellement des rapports oraux et écrits sur les activités de leurs portefeuilles respectifs. L'équipe de la haute direction, qui relève de la directrice générale, guide les activités stratégiques de l'organisation.

Le Conseil fournit régulièrement une orientation à la directrice générale par le biais de :

- Réunions ordinaires
- Comités du Conseil
- Directives
- Évaluation du rendement

Les relations avec nos collectivités

La participation communautaire et l'établissement de relations doivent faire partie intégrante du travail du RLISS et de tous les intervenants, si nous voulons améliorer le système de santé. En écoutant nos résidents, les fournisseurs de services de santé locaux et nos partenaires stratégiques, et en sollicitant des commentaires sur les plans présentés à notre RLISS, nous encourageons la collectivité à participer à la prise de décisions sur le système de santé. Nous continuerons à tenter de rejoindre plus de personnes dans notre RLISS pour les engager dans débats valables sur les changements requis au sein du système de santé et la meilleure façon de les apporter. En même temps, on nous rappelle que la santé va au-delà des soins de santé et que les collaborations entre un vaste éventail de fournisseurs de services de santé et de services connexes favoriseront l'adoption de solutions aptes à améliorer la santé.

Au cours des trois dernières années, le RLISS a activement engagé le public, les fournisseurs de services de santé et autres intervenants dans un dialogue sur les besoins de santé et les possibilités d'amélioration au sein du système de santé. D'après ces discussions, nous savons qu'il faudra modifier l'organisation des

services de santé pour répondre efficacement aux nouveaux besoins de santé de la population. Ces changements au niveau des besoins sont éperonnés par divers facteurs, notamment :

- une population croissante et vieillissante qui exige des modifications à la quantité et aux types de services disponibles;
- les progrès de la technologie médicale (p. ex. traitements, techniques chirurgicales, médicaments) qui prolongent la vie des gens et améliorent leur santé;
- les améliorations aux techniques et aux technologies médicales qui modifient la façon dont nous utilisons les hôpitaux (p. ex. nombre accru de chirurgies de jour, séjours à l'hôpital plus courts);
- les progrès des technologies de l'information et des communications et la disponibilité des renseignements sur la santé qui permettent aux gens d'assumer une plus grande part de responsabilité pour leur santé.

Le changement n'est jamais facile, mais nous sommes encouragés de constater une collaboration accrue entre les fournisseurs de services de santé du RLISS. Cette coopération permet de répondre aux besoins malgré la pénurie de ressources financières et humaines dans le secteur de la santé.

Cette ouverture à la planification prospective et concertée signifie que le moment est venu de formuler un plan de renouvellement du système de santé. Le Plan des services cliniques est un plan prospectif, systémique et directeur qui étaiera la prise de décisions et nous aidera à affecter les ressources en fonction des besoins actuels et futurs de la population du RLISS. En d'autres termes, il déterminera quels services sont requis, où ils sont requis et qui les dispensera. L'élaboration du Plan des services cliniques a été lancée en 2008 dans le cadre de trois ateliers pour les dirigeants communautaires et les travaux se poursuivront en 2009-2010.

Dans le cadre de ses responsabilités prévues par la loi, le RLISS a aussi entrepris des activités de réseautage avec les communautés francophones et autochtones de sa région.

Un groupe engagé de dirigeants administratifs continue de se réunir régulièrement pour conseiller le RLISS sur l'état de santé de la population francophone et la façon de tenir compte des préoccupations concernant le système de santé dans ses initiatives de renouvellement.

Le Centre de santé et le Foyer Richelieu ont joué un rôle important dans la mobilisation de la communauté francophone. Ils ont organisé et animé des forums sur le projet de règlement qui définirait le rôle et la composition d'un comité consultatif auprès du RLISS.

Misant sur la réussite de la conférence sur la santé des Autochtones tenue à la fin de 2007-2008, le comité de planification sur les perspectives de santé des peuples autochtones a analysé les observations des participants et a travaillé avec un groupe spécial de participants pour élaborer un cadre honorant les valeurs et les préférences des Autochtones. L'aigle a été choisi comme symbole de la collaboration entre les intervenants autochtones et le RLISS en matière de santé autochtone.

Les participants se sont réunis de nouveau en septembre 2008 pour célébrer leurs réalisations et transmettre leur message à un vaste groupe d'intervenants composé de chefs de réseaux régionaux, de présidents-directeurs généraux d'hôpitaux et d'employés de ministères comme le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministère de la Promotion de la santé.

Les résultats de la conférence ont également incité le RLISS à présenter une demande de financement au gouvernement fédéral en vue d'adapter les services de santé provinciaux aux besoins des peuples autochtones. Nous avons obtenu des fonds additionnels pour améliorer la planification des congés d'hôpital, l'accès aux services de santé mentale pour enfants et la planification de la santé communautaire.

De plus, le Conseil a approuvé trois propositions au titre de Vieillir chez soi à l'appui de projets de transport dans les réserves et hors réserve et de l'établissement de programmes dans un foyer urbain pour les aînés autochtones.

En 2008-2009, le comité de planification de la conférence a modifié son rôle lorsqu'il a commencé à participer aux autres activités de planification du RLISS. Le groupe a alors entrepris une nouvelle étape, élargissant son effectif, formalisant son rôle dans la région et définissant sa relation avec le RLISS.

Le RLISS continue de tenir des réunions mensuelles avec les responsables de la santé autochtone des RLISS. Ce groupe entretient des relations avec plusieurs intervenants en santé autochtone, notamment la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Ontario et l'Unité des stratégies de santé des Autochtones (ministère de la Santé et des Soins de longue durée).

Travailler ensemble : Bâtir un système de santé intégré

Hamilton Health Sciences – plan Access to the Best Care (ABC)

Hamilton Health Sciences (HHS) a soumis son plan *Access to the Best Care* au RLISS le 6 août 2008. Il s'agit d'un plan de trois à cinq ans décrivant la mise en concordance des services des quatre emplacements de HHS et proposant un nouveau centre de soins urgents pour Hamilton.

Le rapport *Access to the Best Care* souligne les enjeux associés à la prestation de services hospitaliers à quatre emplacements (l'Hôpital général de Hamilton, l'Hôpital Henderson General, le Centre médical de l'Université McMaster et le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton). Il aborde la possibilité de redéfinir le rôle des emplacements du HHS et de mettre en concordance les ressources limitées pour améliorer les résultats pour la santé, maintenir la couverture à plusieurs emplacements, améliorer le milieu de travail, appuyer le recrutement et la rétention et maximiser les efficiences.

Le changement de la composition des services dans les secteurs de la cardiologie, du cancer, de la traumatologie et des soins pour accidents vasculaires cérébraux à deux emplacements (l'Hôpital général de Hamilton et l'Hôpital Henderson General) améliorera la prestation des programmes, les déplacements des patients et les résultats des services dispensés aux adultes par HHS et permettra enfin de bâtir un centre d'excellence à l'emplacement Children's Hospital.

La consolidation des services aux patients adultes hospitalisés à l'Hôpital général de Hamilton et à l'Hôpital Henderson General ainsi que l'aménagement d'un centre d'excellence à l'emplacement Children's Hospital à McMaster exigeront des changements aux services d'urgences compatibles avec la configuration des programmes des emplacements respectifs. Le rapport *Access to the Best Care* décrit des approches visant à améliorer la capacité des urgences et propose un nouvel emplacement de soins urgents pour la prestation des soins qui peuvent être dispensés à l'extérieur de l'urgence.

À sa réunion du 29 septembre, le Conseil du RLISS a autorisé l'avancement du Plan *Access to the Best Care* de Hamilton Health Sciences.

Système de santé de Niagara – Plan d'amélioration d'hôpital

À sa réunion du 20 mai 2008, le Conseil du RLISS a demandé au Système de santé de Niagara (SSN) de soumettre au plus tard le 15 juillet 2008 un Plan d'amélioration d'hôpital définissant la portée et l'emplacement des services hospitaliers requis pour offrir aux citoyens de Niagara des services accessibles et de qualité. Le Conseil a exprimé le souhait de faire examiner le contenu du Plan d'amélioration du SSN par un conseiller externe et, à cette fin, il a nommé le Dr Jack Kitts, président-directeur général de l'Hôpital d'Ottawa, à sa réunion du 24 juin. Le Conseil a reçu le Plan d'amélioration à sa réunion du 16 juillet et l'a immédiatement envoyé au Dr Kitts.

Durant les mois de septembre et d'octobre, le Dr Kitts et son équipe ont assisté à de nombreuses réunions et séances d'information avec les intervenants de la région de Niagara et des collectivités avoisinantes et ont eux-mêmes organisé de telles réunions et séances, afin d'étayer leur examen du Plan d'amélioration. Le Dr Kitts a présenté son rapport au Conseil du RLISS le 25 novembre 2008 et le RLISS l'a présenté au SSN.

Le SSN a décidé d'adopter les recommandations du rapport du Dr Kitts et a ajouté un addenda à son Plan d'amélioration. Cependant, à sa réunion de novembre, le comité permanent de Fort Erie n'a pas approuvé les changements contenus dans l'addenda du plan du SSN qui affectaient le service des urgences et les lits pour patients hospitalisés à l'emplacement de Fort Erie. Par conséquent, toutes les références à ces services ont été éliminées. Cela signifie que les changements au service des urgences et aux lits pour patients hospitalisés à Fort Erie ne pouvaient pas être considérés comme faisant partie du Plan d'amélioration du SSN.

À sa réunion du 16 décembre 2008, le Conseil du RLISS a accepté le Plan d'amélioration du SSN et a également émis un projet d'intégration ordonnant au SSN d'apporter les changements à son emplacement de Fort Erie. Le Conseil du RLISS a adopté l'ordonnance d'intégration à sa réunion du 27 janvier 2009.

Initiatives d'intégration des fournisseurs de services de santé

Au cours de la dernière année, notre RLISS a appuyé trois intégrations volontaires et rendu une décision d'intégration en vertu de l'article 27 de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*.

- Hôpital St. Peter's et Hamilton Health Sciences

Le 28 mars 2008, la Hamilton Health Sciences Corporation (HHS) et l'Hôpital St. Peter's ont signifié par écrit au RLISS de HNHB leur intention de fusionner en vertu du paragraphe 27(3) de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la Loi). Subséquemment, le RLISS a été avisé que le conseil d'administration et les dirigeants des deux organismes avaient adopté unanimement des résolutions approuvant une entente de fusion entre HHS et l'hôpital. Cependant, étant donné que seul le ministre de la Santé et des Soins de longue durée peut autoriser deux hôpitaux à fusionner pour amalgamer les services, le RLISS doit décider d'appuyer la fusion ou non et aviser le ministre de sa décision. À sa réunion du 20 mai 2008, le Conseil du RLISS a voté en faveur de recommander au ministre l'approbation de la fusion proposée de l'Hôpital St. Peter's et de Hamilton Health Sciences. Le RLISS a exprimé sa confiance à l'égard des deux conseils et des équipes de gestion de la consolidation et il anticipe une amélioration des services et des retombées financières très positives.

- Hamilton Health Sciences – plan Access to the Best Care (ABC)

À sa réunion du 29 septembre 2008, le Conseil du RLISS a autorisé l'avancement du plan *Access to the Best Care* de Hamilton Health Sciences en décrétant qu'il était dans l'intérêt public de ne pas émettre une décision ordonnant aux parties de ne pas procéder aux trois principales intégrations. Celles-ci comprenaient le transfert de services cliniques de Hamilton Health Sciences (HHS) au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton (et du Centre à HHS) et la création et la localisation d'un nouveau centre de soins urgents.

La proposition présente un plan de trois à cinq ans décrivant la mise en concordance des services des trois établissements de soins actifs du HHS et le transfert de certains services au Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et proposant un nouveau centre de soins urgents à Hamilton.

Le plan *Access to the Best Care* porte sur les soins d'urgence pédiatrique dispensés au Centre médical de l'Université McMaster. Lorsque la transition à un service d'urgence pédiatrique complet sera terminée en 2011, les soins d'urgence aux adultes seront dispensés à trois hôpitaux de Hamilton : l'Hôpital général de Hamilton, l'Hôpital Henderson General et le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton. La transition à un service d'urgence pédiatrique au Centre médical de l'Université McMaster sera effectuée dès que le nouveau service des urgences de l'Hôpital Henderson General sera ouvert, que le réaménagement du service des urgences de l'Hôpital général de Hamilton sera achevé et que le nouveau centre de soins urgents de l'Ouest de Hamilton aura ouvert ses portes.

Environ 60 % des patients qui utilisent actuellement le service des urgences du Centre médical de l'Université McMaster pourraient recevoir des soins appropriés à un centre de soins urgents et, dans le cadre du plan *Access to the Best Care*, le HHS établira un centre de soins urgents dans l'Ouest de Hamilton. Ce nouveau centre de santé pour les citoyens de Hamilton doit ouvrir ses portes à la fin de 2009 ou au début de 2010.

- Plan d'amélioration d'hôpital du Système de santé de Niagara – Emplacement Douglas Memorial, Fort Erie

Le 16 décembre 2008, le RLISS a rendu une décision concernant une intégration proposée ordonnant au Système de santé de Niagara d'apporter des changements à son emplacement hospitalier de Fort Erie (Douglas Memorial). Le Conseil du RLISS a pris cette décision à la suite de changements apportés à l'addenda du Plan d'amélioration. Il a retiré les changements affectant le service des urgences et les lits pour patients hospitalisés de l'emplacement de Fort Erie après que le comité permanent de Fort Erie a refusé de les approuver. Cela signifiait que les changements au service des urgences et aux lits pour patients hospitalisés à Fort Erie ne pouvaient pas être considérés comme faisant partie du Plan d'amélioration du SSN. Le Conseil du RLISS a subséquemment approuvé la décision d'intégration à sa réunion du 27 janvier 2009. La décision d'intégration ordonnait, entre autres, au SSN de prendre les mesures suivantes à son emplacement de Fort Erie : fermer le service des urgences; établir un centre de soins urgents ouvert en permanence; fermer tous les lits de soins actifs; et créer entre trois et six lits pour observation surveillée rattachés au centre de soins urgents.

- Niagara Alcohol and Drug Assessment Service et Alcohol and Drug Treatment Centre

Le 20 janvier 2009, le directeur général du Niagara Alcohol and Drug Assessment Service (NADAS) a fait part au RLISS de la fusion prévue du Niagara Alcohol and Drug Assessment Program et du Alcohol and Drug Treatment Centre (ADTC) de Niagara. Le conseil d'administration des deux organismes avait constaté qu'il fallait créer un continuum de services plus intégré, continu et souple pour les personnes de la région aux prises avec des problèmes de toxicomanie. À sa réunion du 24 février 2009, le Conseil du RLISS a jugé qu'il était dans l'intérêt du public de ne pas rendre une décision ordonnant aux parties, le Niagara Alcohol and Drug Assessment Service et le Alcohol and Drug Treatment Centre (Niagara), de ne pas procéder à

l'intégration. L'organisme fusionné englobera les mandats, les programmes et le personnel des deux organismes et sa raison sociale sera Community Addiction Services of Niagara.

Plan de services de santé intégrés (PSSI)

Le Plan de services de santé intégrés, première étape (novembre 2006), cernait des domaines prioritaires exigeant des améliorations. Les domaines étaient les suivants : les services de santé mentale pour les adultes, les enfants et les jeunes, l'autonomie des aînés, les soins palliatifs et la médecine du travail. Les améliorations visées pour ces priorités étaient : le rapprochement des soins au domicile; l'amélioration des compétences des fournisseurs; et la prestation de soins appropriés à l'endroit opportun pour optimiser les résultats pour la santé. Les champions communautaires pour chaque domaine prioritaire ont formulé et mis en œuvre des stratégies de changement. Les principaux acquis au cours des trois dernières années se reflètent dans la nouvelle façon d'élaborer des solutions dans le RLISS.

- Plusieurs tables de planification à l'échelle du RLISS se sont volontairement assemblées pour traiter de questions d'efficacité et d'efficience et de services de qualité durables.
    - Ces groupes sont guidés par les attentes en matière de rendement énoncées dans les ententes signées entre les fournisseurs de services de santé et le RLISS et par une responsabilité et une responsabilisation à l'égard des résultats pour les clients et le système. Ce sont, entre autres, le réseau des services de soutien communautaire, le conseil des maisons de soins de longue durée (y compris les maisons privées et à but non lucratif), le réseau d'intégration de l'évaluation gériatrique (GAIN) et les tables sur les déplacements des patients – le comité directeur des autres niveaux de soins et des services d'urgences.

- Des plans d'action systémiques orientent les stratégies de mise en œuvre.
    - Par exemple, le rapport d'orientation de GAIN, *Specialized Geriatric Services Priorities for the HNHB LHIN* (juillet 2008), a priorisé les améliorations à apporter pour améliorer l'équité d'accès aux services gériatriques spécialisés et sous-tend les investissements destinés au soutien à l'autonomie de vie.

- Les communautés de pratique évoluent afin d'intégrer le transfert du savoir et d'optimiser les pratiques.
    - La Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) a avisé le RLISS de HNHB qu'elle l'a choisi comme « candidat vedette en matière de pratiques exemplaires ». Les organismes vedettes veillent à ce que tous les organismes de services de santé dispensent des soins infirmiers fondés sur les recherches les plus récentes. Le but est de créer des milieux de travail où le personnel infirmier utilise les recherches les plus récentes dans sa pratique quotidienne. Notre proposition innovatrice a démontré qu'il est possible d'élargir le concept d'organisation vedette en matière de pratiques exemplaires pour inclure des groupes de fournisseurs de services de santé afin de favoriser une culture fondée sur des preuves, d'améliorer les résultats pour les clients et d'enrichir le milieu d'exercice des professionnels de la santé. La proposition du RLISS a énuméré les réalisations des organisations vedettes et des autres fournisseurs de services de santé du RLISS qui ont mis en œuvre les directives de la RNAO en matière de pratiques exemplaires.
    - Les résidents du RLISS reçoivent des soins palliatifs de qualité en partie grâce au partenariat entre le réseau provincial des soins en fin de vie et le réseau de transfert des résultats de la recherche sur la santé des personnes âgées, lequel préconise un accès équitable à des services de qualité.

- Des partenariats intersectoriels se forment.
    - Les partenaires de médecine du travail, les équipes Santé familiale et les centres d'accès aux soins communautaires mettent en œuvre des outils de dépistage destinés à améliorer la santé au travail et à réduire les risques. Une stratégie de vie autonome pour les aînés isolés misant sur un programme d'appels téléphoniques est un partenariat entre le ministère des Services sociaux et communautaires et un service d'information communautaire financé par le RLISS; le partenariat met en rapport des personnes ayant un trouble du développement et une activité valable et des aînés à risque vivant seuls.

Regional Joint Assessment Center (RJAC)

Le Regional Joint Assessment Center (RJAC) situé à l'emplacement Chedoke de Hamilton Health Sciences utilise une équipe interprofessionnelle pour traiter les personnes aptes à subir un remplacement total des articulations. Le programme vise à réduire les temps d'attente pour les clients qui doivent être opérés et à donner aux personnes qui ne subiront pas d'intervention chirurgicale des plans individualisés destinés à améliorer leur fonctionnement physique. Le centre a récemment pris de l'expansion pour inclure l'emplacement de l'Hôpital général de Brantford du système de services de santé communautaire de Brant.

Stratégie de réduction des temps d'attente

En 2008-2009, le RLISS de HNHB, travaillant de concert avec ses fournisseurs de services de santé et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, a réalisé des réductions des temps d'attente qui excédaient ou égalaient sa fourchette cible pour les services de santé suivants : chirurgie du cancer, chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche et du genou et examens par IRM.

Ces progrès sont attribuables à l'engagement des fournisseurs du RLISS, du comité consultatif du RLISS et de ses cinq groupes de travail chargés de surveiller les temps d'attente et de formuler des stratégies d'amélioration et d'autres intervenants. Les activités suivantes accomplies durant l'année ont mené à une réduction des temps d'attente :

- Le recrutement d'experts en chirurgie du cancer des voies urinaires et l'augmentation du temps en salle d'opération pour certaines chirurgies du cancer.
- Une collaboration entre les hôpitaux du RLISS qui pratiquent des chirurgies de la cataracte axée sur le transfert de ressources et l'utilisation plus efficace du matériel afin de réduire les temps d'attente pour ce type de chirurgie.
- L'ouverture d'un nouvel appareil d'IRM au Centre de soins de santé St-Joseph, à Hamilton, en octobre 2008.
- Un examen de la gestion des listes d'attente pour assurer l'exactitude des rapports.
- Un examen des procédures chirurgicales pour maximiser l'efficacité des salles d'opération.

Bien que les temps d'attente pour les pontages coronariens planifiés (non urgents) et les examens par tomodensitométrie soient demeurés constants en 2008-2009, les fournisseurs du RLISS ont travaillé très fort pour améliorer l'accès à ces services pour les cas urgents ou semi-urgents.

Le RLISS a également fait des progrès en ce qui a trait au nombre de résidents réadmis à l'hôpital après une crise cardiaque ou qui consultent à l'urgence ou sont hospitalisés pour des conditions pouvant être gérées ailleurs. Les activités suivantes ont contribué à ces progrès :

- L'accès amélioré aux services cardiaques perfectionnés (angiogramme et angioplastie coronaire)

- L'ouverture d'un nouveau Centre de santé communautaire à Fort Erie/Port Colborne qui a amélioré l'accès aux soins primaires.
- La présence d'un responsable de cas du Centre d'accès aux soins communautaires dans les salles des urgences du RLISS pour identifier les personnes qui ont besoin d'un soutien pour vivre dans leur propre domicile ou risquent d'être hospitalisées.

En 2008-2009, le RLISS a également mis sur pied un comité directeur des services d'urgences composé d'urgentistes des hôpitaux et des services médicaux d'urgence pour formuler d'autres stratégies visant à améliorer l'accès aux urgences.

Le RLISS s'est efforcé en 2008-2009 de réduire les temps d'attente pour les personnes qui attendent un placement en maison de soins de longue durée ou sont en attente d'autres niveaux de soins (ANS) dans un lit d'hôpital. Les activités suivantes ont été appuyées cette année pour améliorer les déplacements des patients :

- Continuation de la réadaptation de longue durée
- Augmentation de la capacité des maisons de SLD par le truchement de lits temporaires
- Identification des personnes qui doivent avoir prioritairement accès aux maisons de SLD
- Soutien communautaire accru pour aider les clients à rentrer chez eux ou à rester dans leur propre domicile.

Bon nombre de stratégies mises en œuvre ont augmenté l'accès aux services de soutien, mais leurs retombées ne sont pas complètes en partie à cause du moment où elles ont commencé.

Prévention et gestion des maladies chroniques

En 2008-2009, le RLISS a créé un groupe d'action sur le diabète et a approuvé son rapport final à la réunion du 16 décembre 2008. Le groupe a cerné deux priorités pour la gestion du diabète en 2008-2009 :

- Un inventaire du matériel pédagogique sur le diabète
- L'identification d'une méthode de gestion fondée sur les pratiques exemplaires relatives aux soins des pieds.

Le Conseil a également approuvé deux propositions soumises par le groupe d'action afin d'améliorer l'accès aux services de soins des pieds pour les diabétiques.

En novembre, le RLISS et l'Université McMaster ont animé une conférence sur l'éducation médicale continue axée sur la prévention et la gestion plus efficace des maladies chroniques dans la région.

Cybersanté

La Stratégie de cybersanté provinciale énonce des attentes élevées pour les RLISS et les fournisseurs. Les initiatives qui seront mises en œuvre dans le RLISS de HNHB devront miser sur les investissements actuels et la collaboration de plusieurs parties.

Les plans relatifs à la mise en œuvre de la Stratégie de cybersanté du RLISS sont ambitieux. Le niveau de collaboration dans le RLISS nous positionne avantageusement pour nous acquitter de nos obligations et tirer parti des possibilités qui s'ouvriront à nous au cours des quatre prochaines années.

L'évaluation de l'état de préparation du RLISS a servi de ligne de base pour déterminer l'écart entre l'état actuel et le niveau de préparation voulu pour déployer le premier volet de la Stratégie de cybersanté de la province, qui n'a pas encore été annoncé. On a formulé un plan tactique provisoire pour combler cet écart.

En outre, on a doté un bureau de gestion de projet qui dirigera la mise en œuvre de la Stratégie de cybersanté du RLISS. Les projets suivants ont été lancés :

- Connexion clinique – Des portails cliniques donneront accès aux renseignements requis; aussi pratiques qu'un tableau de bord, ils seront accessibles n'importe où à l'aide d'une application sécurisée et une procédure d'entrée en communication unique. Les premiers travaux viseront à élargir l'accès au portail de Hamilton Health Sciences aux autres hôpitaux, au CASC et à établir une connexion pilote pour une équipe Santé familiale locale.
- Entrepôt d'imagerie diagnostique – Un projet de collaboration entre les RLISS de HNHB et de Waterloo Wellington est centré sur la création d'un réseau commun d'imagerie diagnostique qui permettra aux hôpitaux des deux RLISS de partager des images et des rapports diagnostiques numériques.
- Dépôt intégré d'aide à la prise de décision – Les hôpitaux du RLISS et le CASC fourniront des extraits d'information mensuels à un dépôt de données centralisé. Les renseignements conservés dans le dépôt dateront de trois mois au lieu de 18 mois comme c'est le cas pour les données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le dépôt de données permettra aux hôpitaux du RLISS d'avoir accès à des ressources financièrement inaccessibles, notamment l'accès presque en temps réel à des activités d'aide à la prise de décision.

Comité directeur des services d'urgences

Le Comité directeur des services d'urgences (CDSU) a été créé en octobre 2008 après la dissolution des anciens réseaux régionaux des services d'urgences à Hamilton, Niagara et Brant. Le CDSU a pour mandat de diriger la planification et la mise en œuvre des initiatives du RLISS et des fournisseurs de services visant à améliorer la qualité des services et à réduire les temps d'attente à l'urgence. Il se compose de médecins et de dirigeants administratifs des divers intervenants, notamment les hôpitaux, les services médicaux d'urgence et le Centre d'accès aux soins communautaires. À l'appui de la formation et du travail continu du CDSU, on a recruté un coordonnateur et un adjoint administratif des services d'urgences pour le RLISS, créé un comité des directeurs des salles d'urgence du RLISS et continué à rencontrer mensuellement le groupe de médecins dirigeants des urgences des emplacements.

Afin d'assurer une communication efficace entre le CDSU et les intervenants, le RLISS a instauré une section sur les services d'urgences sur son site Web. Cette section donne accès aux procès-verbaux du CDSU, aux rapports des groupes d'experts, aux données du Programme de financement axé sur les résultats et aux données sur le rendement des urgences des hôpitaux du RLISS.

Conformément à la stratégie de réduction des temps d'attente aux urgences de la province, on a déployé des efforts vers l'atteinte des trois principaux objectifs de la stratégie, à savoir diminuer la demande de services urgents, renforcer la capacité et le rendement des urgences et accélérer le congé des patients en attente d'autres niveaux de soins (ce dernier objectif est dirigé par le comité directeur sur les ANS du RLISS).

Le modèle de soins axé sur une infirmière praticienne a été mis en œuvre pour aider les services d'urgences à diminuer la demande, à maximiser les ressources du RLISS et à améliorer la qualité des soins dispensés aux pensionnaires des maisons de SLD. Le recrutement d'infirmières praticiennes porte à huit l'effectif d'infirmières praticiennes qui travailleront avec les maisons de SLD de notre RLISS pour améliorer les soins dispensés aux pensionnaires et éviter, autant que possible, les transferts à l'urgence.

Des activités exhaustives de planification et de mise en œuvre en 2008-2009 ont visé à améliorer le rendement des urgences. Le CDSU a notamment collaboré à la planification et à la surveillance du Programme de financement axé sur les résultats qui, durant sa première année, a mené à une réduction des temps d'attente aux urgences du Système de santé de Niagara. Misant sur les réussites de la première année de ce programme, à l'échelle locale et provinciale, cinq corporations hospitalières procéderont à des projets visant à réduire les temps d'attente en 2009-2010 qui ont été approuvés par des pairs.

Comité directeur des autres niveaux de soins (ANS)

Le Comité directeur des ANS continue de se réunir chaque mois pour évaluer l'avancement et l'impact des stratégies actuelles sur les ANS. En 2008-2009, le comité a aidé le RLISS à faire progresser sa Stratégie de réduction des temps d'attente en appuyant des programmes comme la réadaptation à long terme et les lits temporaires des maisons de SLD. Grâce au soutien et à la contribution des hôpitaux du RLISS, du CASC, des services de soutien communautaire et des maisons de soins de longue durée, les initiatives suivantes ont été mises en œuvre avec succès :

- Une brochure éducative à propos du transfert au niveau approprié de soins dans le cadre d'un plan de communication sur les ANS mis en œuvre à l'échelle du RLISS.
- Une méthode normalisée pour la désignation, la collecte et la mesure des données sur les ANS dans le RLISS.
- Un ensemble d'indicateurs communs pour évaluer les déplacements des patients hospitalisés à la lumière des admissions aux maisons de soins de longue durée.
- La mise en œuvre de pratiques exemplaires pour améliorer les transferts des patients au sein des hôpitaux et dans la collectivité.

Pour améliorer davantage les déplacements des patients, le Comité directeur sur les ANS s'est associé au Comité directeur des services des urgences du RLISS.

Stratégie Vieillir chez soi

Notre RLISS a maintenu son enthousiasme à l'égard de la stratégie triennale Vieillir chez soi annoncée en août 2007 et a travaillé avec les intervenants en vue d'attribuer 7,6 millions de dollars à des programmes et services qui favorisent le vieillissement en bonne santé et la vie autonome. La première année de la stratégie, les nouvelles ressources ont commencé à combler des lacunes de longue date concernant les programmes de jour et les services de soutien aux soignants; les fonds ont aussi été utilisés pour promouvoir le soutien par les pairs et les approches intergénérationnelles favorisant la santé des familles et des communautés en vue de maintenir la qualité de vie des personnes âgées.

En juin 2008, à l'appui de la stratégie Vieillir chez soi, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé l'octroi au RLISS de huit fourgonnettes devant servir notamment au transport des aînés aux rendez-vous médicaux. Le RLISS a travaillé étroitement avec les services de soutien communautaire de Niagara et la Croix-Rouge canadienne pour cerner les besoins de la région.

La stratégie Vieillir chez soi est l'incubateur local de la transformation du système de santé. Il existe au 21e siècle un énorme potentiel à l'égard de la vie autonome et du vieillissement chez soi en bonne santé. La stratégie montre déjà des exemples de nouvelles collaborations et de méthodes de travail.

Indicateurs de rendement du RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant en vertu de l'Entente de responsabilisation MSSLD-RLISS de 2008-2009

Indicateur de rendement	Valeur de départ du RLISS2008-2009	Cible de rendement du RLISS 20082009	Rendement du RLISS pour le plus récent trimestre de 20082009*	Résultats** annuelsdu RLISS pour l'exercice 20082009	Cible du RLISS atteinte dans le corridor de rendement – OUI/NON
Temps d'attente pour la chirurgie du cancer – 90e percentile	60	55	53	54	OUI
Temps d'attente pour un pontage coronarien – 90e percentile	47	43	44	51	NON
Temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte – 90e percentile	138	115	110	107	OUI
Temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche – 90e percentile	194	182	160	167	OUI
Temps d'attente pour l'arthroplastie du genou – 90e percentile	283	182	198	200	OUI
Temps d'attente pour un examen diagnostique par IRM - 90e percentile	111	91	104	85	OUI
Temps d'attente pour un examen diagnostique par tomodensitométrie – 90e percentile	48	39	50	48	NON
Taux d'hospitalisations liées à des conditions propices au traitement ambulatoire	344.57	340.00	348.51	329.21	OUI
Temps d'attente moyen pour un placement en maison de soins de longue durée – tous les placements	109.00	64.00	161.00	147.00	NON
Pourcentage de journées consacrées aux autres niveaux de soins (ANS) – par établissement du RLISS	18.70	16.00	25.37	23.61	NON
Taux de visites à l'urgence pouvant être gérées ailleurs	29.76	27.50	26.66	26.14	OUI
Taux de réadmissions pour infarctus du myocarde	3.60	3.60	2.81	2.90	OUI

NOTES :

* Les indicateurs de rendement 1 à 7 reflètent le 4e trimestre de 2008-2009 et les indicateurs 8 à 12 reflètent le 3e trimestre de 2008-2009.

** Les indicateurs 8 à 12 (dans la colonne Résultats annuels) incluent seulement la moyenne des trimestres 1 à 3.

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

Rapport des vérificateurs

Aux membres du conseil d'administration du
Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (le « RLISS ») au 31 mars 2009 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant au 31 mars 2009 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche s.r.l.

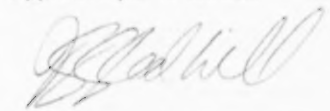
Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 30 avril 2009

Membre de
Deloitte Touche Tohmatsu

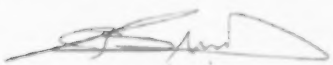
État de la situation financière
au 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**736 297**	780 017
Débiteurs – ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	**223 200**	-
Débiteurs – autres	**144**	4 796
Montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**4 559 149**	6 898 982
Montant à recevoir des fournisseurs de services de santé	**-**	1 018 000
	5 518 790	8 701 795
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**962 921**	770 201
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**-**	4 531
Montant à verser au Ministère par les fournisseurs de services de santé	**-**	1 018 000
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé par le Ministère (note 9)	**4 559 149**	6 898 982
Montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS (note 4)	**16 233**	11 844
Apports de capital reportés (note 5)	**701 891**	460 145
	6 240 194	9 163 703
Engagements (note 6)		
Dette nette	**(721 404)**	(461 908)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**19 513**	1 763
Immobilisations (note 7)	**701 891**	460 145
Surplus accumulé	**-**	-

Approuvé par le Conseil



Juanita G. Gledhill, Présidente du Conseil d'administration



Jack Brewer, Vice-président du Conseil d'administration

État des activités financières
pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	Budget (non vérifié) (note 8)	2009 Réel	2008 Réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**2 342 686 000**	**2 385 618 620**	2 281 812 052
Activités du RLISS	**4 911 526**	**4 887 384**	3 961 793
Services de cybersanté (note 10a)	**120 000**	**425 000**	275 000
Initiative pour des soins de santé axés sur le patient (note 10b)	-	**223 200**	-
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10c)	-	**33 300**	-
Professions Santé Ontario (note 10d)	-	**50 000**	-
Chef de service des urgences du RLISS (note 10e)	-	**75 000**	43 800
Planification autochtone (Aboriginal Planning) (note 10f)	**37 500**	**49 000**	52 500
Activités de gestion des listes d'attente	-	-	70 000
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	295 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	**515 270**	224 907
	2 347 755 026	**2 391 876 774**	2 286 735 052
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**2 342 686 000**	**2 385 618 620**	2 281 812 052
Frais généraux et administratifs (note 11)	**4 911 526**	**5 402 654**	4 186 700
Services de cybersanté (note 10a)	**120 000**	**425 000**	275 000
Initiative pour des soins de santé axés sur le patient (note 10b)	-	**223 200**	-
Chef de la performance du projet Urgences – ANS (note 10c)	-	**33 300**	-
Professions Santé Ontario (note 10d)	-	**50 000**	-
Chef de service des urgences du RLISS (note 10e)	-	**75 000**	39 269
Planification autochtone (Aboriginal Planning) (note 10f)	**37 500**	**49 000**	52 500
Activités de gestion des listes d'attente	-	-	70 000
Stratégie Vieillir chez soi	-	-	295 000
	2 347 755 026	**2 391 876 774**	2 286 730 521
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	-	4 531
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	-	(4 531)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

État de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Surplus de l'exercice	**-**	-
Acquisition d'immobilisations	**(757 016)**	(66 627)
Amortissement des immobilisations	**515 270**	224 907
Variation des autres actifs non financiers	**(17 750)**	829
Augmentation de la dette nette	**(259 496)**	159 109
Dette nette au début	**(461 908)**	(621 017)
Dette nette à la fin	**(721 404)**	(461 908)

État des flux de trésorerie
pour l'exercice terminé le 31 mars 2009

	2009	2008
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Ajouter : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**515 270**	224 907
Moins : éléments sans effet sur la trésorerie		
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(515 270)**	(224 907)
	-	-
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Diminution (augmentation) des débiteurs – Autres	**4 652**	(1 658)
Augmentation des débiteurs – Ministère	**(223 200)**	-
Diminution (augmentation) du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	**2 339 833**	(6 898 982)
Diminution (augmentation) du montant à recevoir des fournisseurs de services de santé	**1 018 000**	(1 018 000)
Augmentation des créditeurs et charges à payer	**192 720**	166 395
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère	**(4 531)**	4 531
(Diminution) augmentation du montant à verser au Ministère par les fournisseurs de services de santé	**(1 018 000)**	1 018 000
(Diminution) augmentation du montant à recevoir du Ministère relativement aux fournisseurs de services de santé	**(2 339 833)**	6 898 982
Augmentation (diminution) du montant à verser au Bureau des services partagés des RLISS	**4 389**	(67 663)
(Augmentation) diminution des charges payées d'avance	**(17 750)**	829
	(43 720)	102 434
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	**(757 016)**	(66 627)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 5)	**757 016**	66 627
(Diminution) augmentation nette de la trésorerie	**(43 720)**	102 434
Trésorerie au début	**780 017**	677 583
Trésorerie à la fin	**736 297**	780 017

Notes Complémentaires

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend les comtés d'Hamilton, de Niagara, d'Haldimand, de Brant, la majeure partie du comté de Norfolk et la ville de Burlington. Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations et les pertes de valeur d'actifs.

2. Principales conventions comptables (suite)

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les faits ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de dépenses comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

2. Principales conventions comptables (suite)

Immobilisations (suite)

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail
Matériel, mobilier et agencements de bureau	5 ans
Développement de l'infrastructure et développement Web	3 ans

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est fourni pour un exercice complet. Les coûts liés au développement de l'infrastructure et au développement Web sont inclus au titre du matériel informatique aux fins de la comptabilité et de la présentation d'information.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	Produits	Charges	Surplus de 2009	Surplus de 2008
	$	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	**2 385 618 620**	**2 385 618 620**	-	-
Activités du RLISS	**5 402 654**	**5 402 654**	-	-
Services de cybersanté	**425 000**	**425 000**	-	-
Initiative pour des soins de santé axés sur le patient	**223 200**	**223 200**	-	-
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	**33 300**	**33 300**	-	-
Professions Santé Ontario	**50 000**	**50 000**	-	-
Chef de service des urgences du RLISS	**75 000**	**75 000**	-	4 531
Planification autochtone (Aboriginal Planning)	**49 000**	**49 000**	-	-
	2 391 876 774	**2 391 876 774**	-	4 531

3. Financement remboursable au Ministère (suite)

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars 2009 se compose des éléments suivants :

	2009	2008
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	**4 531**	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	**-**	4 531
Montant remboursé au Ministère au cours de l'exercice	**(4 531)**	-
Montant à verser au Ministère à la fin	**-**	4 531

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés des RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (ou impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2009	2008
	$	$
Solde au début	**460 145**	618 425
Apports de capital au cours de l'exercice	**757 016**	66 627
Amortissement pour l'exercice	**(515 270)**	(224 907)
Solde à la fin	**701 891**	460 145

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des cinq prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	$
2010	162 090
2011	161 776
2012	160 835
2013	156 947
2014	163 313
Par la suite	591 288

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les montants réels qui seront ultimement versés dépendent du financement du RLISS par le Ministère.

7. Immobilisations

	Coût	Amortissement cumulé	2009 Valeur comptable nette	2008 Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Matériel, mobilier et agencements de bureau	**455 333**	**243 040**	**212 293**	153 109
Matériel informatique	**125 747**	**89 710**	**36 037**	37 006
Améliorations locatives	**566 951**	**113 390**	**453 561**	270 030
	1 148 031	**446 140**	**701 891**	460 145

En raison de la fin du bail à notre ancien emplacement, en mars 2009, des immobilisations d'une valeur comptable nette de 135 917 $ ont été cédées au cours de l'exercice.

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2008. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement a approuvé des ajustements budgétaires au cours de l'exercice. Le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement final des fournisseurs de services de santé de 2 385 618 620 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	**2 342 686 000**
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	**42 932 620**
Budget final	**2 385 618 620**

Le budget d'exploitation final de 6 499 900 $ est calculé comme suit :

	$
Budget initial	**4 911 526**
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Améliorations locatives	**450 000**
Nouveau bail pour la location de bureaux	**152 874**
Rachat du bail des anciens bureaux	**130 000**
Services de cybersanté	**425 000**
Initiative pour des soins de santé axés sur le patient	**223 200**
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	**33 300**
Professions Santé Ontario	**50 000**
Chef de service des urgences du RLISS	**75 000**
Planification autochtone	**37 500**
Planification autochtone (financement provenant d'autres RLISS)	**11 500**
	6 499 900

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement total de 2 385 618 620 $ (2 281 812 052 $ en 2008) aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2009 :

	2009	2008
	$	$
Gestion d'hôpitaux	**1 649 379 136**	1 599 087 005
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**462 075**	462 075
Centres de soins de longue durée	**386 280 945**	356 860 092
Centres d'accès aux soins communautaires	**216 335 473**	203 404 489
Services de soutien communautaires	**36 210 913**	29 456 185
Lésion cérébrale acquise	**5 726 436**	5 784 897
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**23 025 180**	22 102 042
Centres de soins de santé communautaires	**11 083 096**	9 060 688
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**57 115 366**	55 594 579
	2 385 618 620	2 281 812 052

Le RLISS reçoit du Ministère un montant qu'il verse à son tour aux fournisseurs de services de santé. Au 31 mars 2009, le RLISS devait verser un montant de 4 559 149 $ aux fournisseurs de services de santé. Ce montant a été comptabilisé à titre de produits et de charges dans les activités financières du RLISS et est présenté dans le tableau précédent.

10. a) Services de cybersanté

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 425 000 $ (275 000 $ en 2008). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à mettre à jour son plan stratégique de services de cybersanté pour 2008.

b) Initiative pour des soins de santé axés sur le patient

Au cours de l'exercice 2008, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 223 200 $ (néant en 2008). Comme l'exigeait le Ministère, ces fonds ont servi à analyser des données sur le séjour du patient et à assurer le suivi des données sur le lieu, le genre et l'enchaînement des services reçus.

c) Chef de la performance du projet Urgences – ANS

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 33 300 $ (néant en 2008). Ces fonds ont servi à financer les activités du coordonnateur du projet Urgences – ANS.

10. (suite)

d) Professions Santé Ontario

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 50 000 $ (néant en 2008). Ces fonds ont servi à élaborer une stratégie de planification en matière de ressources humaines pour les infirmières.

e) Chef de service des urgences du RLISS

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 75 000 $ (43 800 $ en 2008). Ces fonds ont servi à financer des initiatives visant à soutenir les activités du chef du service d'urgence du RLISS.

f) Planification autochtone (Aboriginal Planning)

Au cours de l'exercice 2009, le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant a reçu un financement totalisant 49 000 $ (52 500 $ en 2008). Ces fonds ont servi à financer des activités de planification autochtone.

	$
Frais de déplacements	**2 544**
Services-conseils	**11 658**
Frais liés aux réunions	**16 287**
Fournitures, autres	**18 511**
	49 000

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2009	2008
	$	$
Salaires et charges sociales	**2 900 069**	2 443 819
Indemnités quotidiennes des administrateurs	**143 725**	126 200
Frais de déplacements	**99 064**	73 795
Services-conseils	**477 484**	325 433
Services bancaires	**-**	102
Consultations publiques et communications	**127 485**	118 764
Fournitures, matériel, entretien et autres	**297 861**	340 805
Frais d'hébergement	**541 696**	232 875
Amortissement	**515 270**	224 907
Services partagés	**300 000**	300 000
Frais généraux et administratifs	**5 402 654**	4 186 700
Financement des services de cybersanté	**425 000**	275 000
Initiative pour des soins de santé axés sur le patient	**223 200**	-
Chef de la performance du projet Urgences – ANS	**33 300**	-
Professions Santé Ontario	**50 000**	-
Financement des activités de gestion des listes d'attente	**-**	70 000
Financement de la stratégie Vieillir chez soi	**-**	295 000
Financement des activités du chef de service des urgences du RLISS	**75 000**	39 269
Planification autochtone	**49 000**	52 500
	6 258 154	4 918 469

Rapprochement avec le budget approuvé par le Ministère :	
Frais généraux, administratifs et liés aux projets	**6 258 154**
Moins : amortissement	**(515 270)**
Ajouter : acquisition d'immobilisations corporelles	**757 016**
	6 499 900

Le total des frais de déplacement de 99 064 $ inclut un montant de 22 900 $ en frais de déplacement engagés par les membres du Conseil.

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte de 27 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 186 699 $ pour l'exercice 2009 (169 704 $ en 2008) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700, intitulé « Informations sectorielles », pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter des informations additionnelles.

15. Chiffres correspondants de l'exercice précédent

Certains chiffres correspondants de l'exercice précédent ont été reclassés afin que leur présentation soit conforme à celle adoptée pour l'exercice considéré.

Membres du Conseil

Juanita G. Gledhill
Présidente

Jack Brewer
Vice-président

Douglas Archibald
Membre

Carolyn King
Membre

Robert (Bob) Lawler
Membre

William (Bill) McLean
Membre

William (Bill) Millar
Membre

Janice Mills
Membre

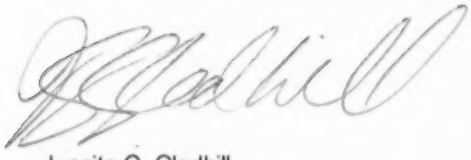
Membres de la haute direction

Pat Mandy
Directrice générale

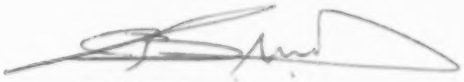
Alan Iskiw
Directeur principal,
Rendement, contrats et affectations

Marion Emo
Directrice princpale,
Planification, intégration et participation communautaire

Au nom du Conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant, il nous fait plaisir de soumettre ce rapport annuel pour la période terminée le 31 mars 2009.



Juanita G. Gledhill
Présidente du Conseil d'administration



Jack Brewer
Vice-président du Conseil d'administration

Hamilton Niagara Haldimand Brant **LHIN**
RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant

Coordonnées du RLISS

Téléphone :
905.945.4930
1.866.363.5446

Télécopieur :
905.945.1992

Courriel :
hamiltonniagarahaldimandbrant@lhins.on.ca

Adresse :
224, rue Main Est
Grimsby, ON L3M 1P8

Site Web :
www.hnhblhin.on.ca

ISSN 1911-2939
139 Juin/09

© 2009 Imprimeur de la Reine pour l'Ontario

Ontario
Local Health Integration Network
Réseau local d'intégration des services de santé